



Condiciones Generales
Seguro de Decesos

decesos

SERVICIOS PARA EL ASEGURADO

Para comodidad de los asegurados, ponemos a su disposición los siguientes servicios:

Servicio Fúnebre:

Desde España: **934 826 600**

Desde el extranjero: **+34 934 826 600**

Disponible 24 horas al día, 365 días al año.

Exclusivo para asegurados que hayan contratado el Servicio Fúnebre en territorio francés:

Desde España: **935 050 106**

Desde el extranjero: **+34 935 050 106**

Disponible 24 horas al día, 365 días al año.

Consultas Generales

Para consultas generales sobre pólizas, contratación, así como declaraciones o consultas sobre siniestros.

934 826 600

Disponible de lunes a viernes, en horario de 8:00 h. a 20:00 h

Servicio de gestoría, asesoramiento, testamento en decesos y asistencia psicológica al duelo

934 826 600

Disponible de lunes a viernes, en horario de 9:00 h. a 19:00 h

Servicio de Atención y Defensa del Cliente:

900 898 120

Disponible de lunes a viernes, en horario de 8:30 h. a 20:00 h.

Asistencia en viaje

Para solicitar los servicios de protección al viajero en prestaciones relativas a las personas.

Desde España: **934 826 600**

Desde el extranjero: **+34 934 826 600**

Disponible 24 horas al día, 365 días al año.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros:

900 222 665 / 952 367 042

Para solicitar información y declarar siniestros causados por hechos de naturaleza extraordinaria (inundaciones, terremotos, actos terroristas...).

Asimismo, a través de www.agrupacio.es, los asegurados pueden consultar la información de tipo general de la Aseguradora.

Índice

TRANSPARENCIA	4
1. Definiciones	4
1.1 Personas que intervienen en el contrato	4
1.2 Otras definiciones	5
2. Bases legales del contrato	7
3. Objeto del seguro	8
4. Garantías básicas	8
4.1 Garantía principal de servicio fúnebre	8
4.2 Asistencia en viaje	10
4.3 Traslado nacional e internacional.	15
4.4 Servicio de gestoría, asesoramiento y testamento	16
4.5 Asistencia psicológica al duelo	18
5. Garantías Complementarias Optativas	18
5.1 Repatriación a país de origen	18
5.2 Fallecimiento e Invalidez Permanente por accidente, según baremo de lesiones.....	19
6. Riesgos excluidos	25
7. Formalización y entrada en vigor del seguro	25
8. Plazos de carencia	25
9. Duración del seguro	26
10. Modificaciones del contrato	26
11. Actualización de capitales asegurados	27
11.1 Revalorización automática	27
11.2 Adecuación del capital asegurado de la garantía de «servicio fúnebre»	27
12. Determinación de la prima	28
12.1 Garantía principal. Modalidades de contratación.....	28
12.2 Garantías complementarias	29
13. Pago de primas	29
13.1 Pago domiciliado	29
13.2 Fraccionamiento de la prima.....	29
13.3 Consecuencias del impago de la prima	30
14. Siniestros	30
15. Supuestos especiales que originan el derecho de rescate de la garantía principal de «servicio fúnebre»	30
15.1 Valor de rescate.....	31
15.2 Procedimiento de actuación para percibir el valor de rescate.....	31
16. Otras obligaciones, deberes y derechos del Tomador y de los asegurados	31
17. Nulidad del contrato y pérdida de derechos	32
17.1 Nulidad del contrato	32
17.2 Pérdida del derecho a la prestación.....	32
17.3 Supuestos en los que la Entidad Aseguradora reducirá el importe de la prestación	33

18. Comunicaciones.....	33
19. Mecanismos de resolución de conflictos.....	33
20. Contratación a distancia	34
21. Prescripción.....	34
22. Impuestos	35
23. Protección de los datos personales.....	35
24. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios	35

La presente póliza se rige por lo dispuesto en la legislación que a continuación se detalla y por lo convenido en estas Condiciones Generales y particulares adjuntas. Estas condiciones han sido elaboradas de forma que puedan servir de guía, mientras la póliza esté en vigor, estableciendo los derechos y las obligaciones de las partes contratantes, así como el alcance de las coberturas contratadas.

TRANSPARENCIA

Estas Condiciones Generales han sido redactadas procurando que su forma sea clara y precisa, a fin de quienes tengan interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

Para facilitarle la lectura y comprensión de las garantías que le ofrecemos, hemos diferenciado los textos del Condicionado General de la siguiente manera:

NEGRITAS: Puntos críticos, restrictivos o limitativos

BLOQUES: Exclusiones

Porque estar bien asegurado es, ante todo, estar bien informado

1. Definiciones

1.1 Personas que intervienen en el contrato

Entidad aseguradora: GACM SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Sociedad Unipersonal., en adelante la entidad aseguradora, con domicilio social Ctra. de Rubí, 72-74 Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona), y quien en su condición de asegurador asume la cobertura de las prestaciones previstas en este contrato. La entidad aseguradora está sometida a la normativa vigente y/o de aplicación en el Estado español, ejerciendo el control de su actividad el Ministerio de Economía Industria y Competitividad a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo competente en materia de seguros, donde está registrada con la clave C0708.

Tomador del seguro: la persona que juntamente con la Entidad Aseguradora suscribe este contrato y a quien corresponden los derechos y las obligaciones del mismo, salvo aquéllos que, por su naturaleza, correspondan al Asegurado y/o al beneficiario.

Asegurado: la persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro y que se relacionan en las Condiciones Particulares de la póliza.

Beneficiarios: las personas que tienen el derecho a percibir algunas de las prestaciones del seguro.

En este seguro serán beneficiarios:

- Para la contingencia de fallecimiento por accidente del asegurado, la prestación se abonará a los beneficiarios designados por el Tomador del seguro. Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiera beneficiarios concretamente designados, ni reglas para su determinación, se entenderá que los mismos son, por el siguiente orden preferente y excluyente, el cónyuge del Asegurado - salvo que hubiese recaído sentencia de separación -, sus hijos a partes iguales, sus padres también a partes iguales, sus hermanos asimismo a partes iguales y, por último, sus herederos.

- Para las demás contingencias el beneficiario de la prestación será siempre el asegurado.

1.2 Otras definiciones

A los efectos de este contrato se entiende por:

- **Accidente:** toda lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa, imprevista y ajena a la intencionalidad del asegurado.

No se considerarán como accidentes las enfermedades de cualquier tipo que no sean consecuencia directa de un accidente y en particular las enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.

Capital asegurado: el importe fijado en las Condiciones Particulares de la póliza o en las generales con, en su caso, sus correspondientes revalorizaciones, que representa el límite máximo de las prestaciones o valor del servicio contratado a pagar por la Entidad Aseguradora en caso de siniestro, para cada una de las garantías o coberturas de la póliza.

- **Carencia:** período de tiempo durante el cual no están en vigor algunas de las garantías de la póliza, contado a partir de la fecha de efecto de la incorporación de cada Asegurado a la póliza.
- **Declaración de buen estado de salud:** información precisa, facilitada por el potencial Tomador del seguro en la solicitud de seguro, sobre el estado de salud de los asegurados y las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, en base a la cual, la Entidad Aseguradora decide sobre la aceptación o rechazo del seguro.
- **Dependencia severa:** el grado de dependencia reconocido como tal por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), regulado en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre) así como la normativa que la desarrolla o sustituya en el futuro. Este grado se alcanza cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- **Domicilio:** el declarado como propio de los asegurados en la solicitud de seguro o en una comunicación posterior a la Entidad Aseguradora.
- **Extranjero:** persona física, residente en España, de nacionalidad distinta a la española o con doble nacionalidad.
También se considerará con este término, el lugar físico y concepto geográfico situado fuera del territorio español.
- **Gran dependencia:** el grado de dependencia reconocido como tal por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), regulado en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre) así como la normativa que la desarrolla o sustituya en el futuro. Este grado se alcanza cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

- **Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo:** el grado de incapacidad permanente reconocido como tal por el sistema de la Seguridad Social que inhabilite por completo a una persona para toda profesión u oficio.
- **Invalidez permanente por accidente, según baremo de lesiones:** la pérdida anatómica o la disminución funcional total o parcial de carácter permanente o irreversible de cualquier órgano o miembro del asegurado, contemplada en el baremo de lesiones de estas Condiciones Generales, como consecuencia directa de un accidente y que se manifieste dentro de los 365 días siguientes a la ocurrencia del accidente.
- **Localidad de sepelio:** la que figura en las Condiciones Particulares de la póliza y que será la que sirve de referencia para determinar el capital asegurado. En ausencia de indicación expresa, será la del domicilio del Tomador.
- **Preexistencia:** toda alteración del estado de salud originada con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza y que es percibida por el Asegurado a través de signos o síntomas antes de la fecha de su incorporación a la póliza, independientemente de que exista un diagnóstico médico que la determine, así como cualquier enfermedad, defecto, deformidad o situación médico-quirúrgico que pudiera derivarse de aquella alteración y que no fuera declarada en el momento de responder a la declaración del buen estado de salud en la solicitud de seguro o, en su caso, en los cuestionarios sobre el estado de salud del asegurado.

Asimismo, se considera preexistencia cualquier otra circunstancia relativa al estado de salud, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haber sido conocidas por la Entidad Aseguradora, en el momento de la perfección del contrato, este no se hubiera celebrado o se habría concluido en condiciones más gravosas para el Tomador.

- **Provisión matemática:** el importe resultante, en una determinada fecha, de la diferencia entre el valor actual actuarial de las obligaciones futuras de la Entidad Aseguradora y las del Tomador.
- **Prima:** el precio del seguro. El recibo de prima comprende, además de ésta, los recargos e impuestos legalmente repercutibles.
- **Servicio fúnebre:** el conjunto de prestaciones funerarias y gestiones necesarias para efectuar la inhumación o la incineración del Asegurado fallecido en la localidad que sus familiares designen dentro del territorio nacional, de acuerdo con las especificaciones y límites que figuran en la póliza.
- **Solicitud de seguro:** el documento cumplimentado por el potencial Tomador del seguro mediante el que éste solicita a la Entidad Aseguradora la contratación de las garantías descritas en dicho documento, el cual una vez valorado por ésta junto al correspondiente cuestionario de salud, en su caso, comportará la emisión de la correspondiente póliza.
- **Siniestro:** el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura por el contrato de seguro, y, que dentro de las delimitaciones de las Condiciones Particulares y generales de la póliza, obliga a la Entidad Aseguradora a prestar el servicio o indemnizar dentro de los límites pactados.
Se considerará como un solo y único siniestro todos los daños que provengan de una misma causa.
- **Viaje:** el desplazamiento físico temporal del Asegurado a más de 30 km de su

domicilio o al extranjero, en ambos casos con un límite máximo de permanencia de 90 días.

2. Bases legales del contrato

Esta póliza de seguro se rige por las normativas siguientes, en los textos vigentes en cada momento:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE de 17 de octubre),
- Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidor y Usurarios (BOE de 30 de noviembre).
- Ley 7/1998 (BOE de 14 de abril) sobre Condiciones Generales de Contratación.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE 15 Julio 2015).
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE 2 Diciembre 2015),
- Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados (BOE de 18 de julio),
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y la Ley de ámbito nacional de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) que lo complementa y normas de desarrollo.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, de Comercialización a Distancia de servicios financieros destinados a los consumidores (BOE de 12 de Julio).
- Legislación relativa al Consorcio de Compensación de Seguros que se detalla en el apartado específico de estas condiciones generales.

Constituyen las bases fundamentales de este contrato las declaraciones del tomador recogidas en la solicitud de seguro y las respuestas del asegurado contenidas en los cuestionarios previos a la contratación de su seguro, a los que, en su caso, la entidad aseguradora les someta.

La póliza de seguro es el documento que contiene todas las condiciones reguladoras del presente contrato de seguro y que está integrado conjuntamente por:

- Las presentes condiciones generales que regulan los derechos y deberes de las partes, así como el alcance de las coberturas.
- Las condiciones particulares que recogen las cláusulas personalizadas y los datos propios e individualizados de cada contrato, así como los suplementos y apéndices que se produzcan durante la vigencia del seguro, para complementarlas o modificarlas. La emisión de un nuevo suplemento a las condiciones particulares dejará sin efecto a las emitidas anteriormente.
- Las condiciones especiales, cuya misión es matizar o perfilar el contenido de las condiciones generales.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o de las cláusulas acordadas, el Tomador podrá pedir, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

3. Objeto del seguro

Durante el período de vigencia del seguro y dentro de los límites y términos establecidos en las Condiciones Generales y particulares de la presente póliza, la Entidad Aseguradora cubre exclusivamente las prestaciones correspondientes a cada una de las garantías del seguro cuya inclusión figure expresamente recogida en las Condiciones Particulares, para cada uno de los asegurados.

El Tomador deberá suscribir obligatoriamente las garantías básicas, excepto aquellas de las que, por cualquier circunstancia, no pueda ser asegurado. Las garantías básicas son las siguientes:

- **Garantía principal:**
 - a) Servicio fúnebre.
- **Garantías complementarias:**
 - b) Asistencia en viaje.
 - c) Traslado nacional e internacional.
 - d) Servicio de gestión, asesoramiento y testamento.
 - e) Asistencia psicológica al duelo.

Asimismo, el Tomador, podrá suscribir algunas de las **garantías complementarias optativas** siguientes:

- a) Repatriación a país de origen.
- b) Fallecimiento por accidente.
- c) Invalidez permanente por accidente, según baremo de lesiones.

Las garantías complementarias optativas de las letras b) y c) anteriores solamente podrán ser contratadas conjuntamente.

El alcance y la cobertura de cada una de dichas garantías será la indicada en los apartados 4, 5 y 6 siguientes.

4. Garantías básicas

4.1 Garantía principal de servicio fúnebre

4.1.1 Descripción de los servicios cubiertos

La Entidad Aseguradora garantiza la prestación del servicio fúnebre contratado al fallecimiento de cada uno de los asegurados incluidos en la póliza, **hasta el límite máximo del capital asegurado vigente en el momento del fallecimiento para esta garantía principal.**

Serán los familiares del asegurado, quienes podrán elegir los distintos componentes del servicio, con cargo y con el límite máximo del capital asegurado, de acuerdo con los que se proporcionen en la localidad del sepelio.

El seguro también comprenderá la prestación de un servicio fúnebre en el supuesto de interrupción no voluntaria del embarazo de la asegurada con pérdida de vida del feto o bien por fallecimiento del menor antes de cumplir los 30 días de edad. A partir de los 30 días de edad deberá estar asegurado para tener derecho al servicio fúnebre que corresponda. También se garantiza la inhumación o incineración de extremidades amputadas en su totalidad a cualquiera de los asegurados incluidos en la póliza, sin que quede cubierto el traslado de las mismas. **En estos supuestos no corresponderá**

indemnización por la diferencia que pudiera existir entre el coste del servicio fúnebre prestado y el capital asegurado. Ahora bien, seguirán vigentes el resto de garantías de la póliza.

4.1.2 Forma de prestar los servicios

En caso de fallecimiento del asegurado, sus familiares deberán comunicarlo a la Entidad Aseguradora por medio de los teléfonos habilitados al efecto o cualquier otro canal facilitado por la Entidad Aseguradora, con el fin de que ésta inicie las gestiones necesarias para poder prestar el servicio garantizado.

Con la finalidad de preservar la calidad del servicio contratado, la Entidad Aseguradora designará a la funeraria o funerarias que realizarán el servicio fúnebre.

Si los familiares del Asegurado fallecido decidieran no utilizar la funeraria puesta a disposición por la Entidad Aseguradora, o si la prestación del servicio no fuera posible, o no se llevase a efecto por causas de fuerza mayor, la Entidad Aseguradora se compromete a resarcir los gastos ocasionados como consecuencia de la prestación del servicio, **hasta el límite máximo del capital asegurado vigente en el momento del fallecimiento para esta garantía principal**. El resarcimiento de estos gastos será efectuado por la Entidad Aseguradora a aquellas personas que acrediten suficientemente haber satisfecho los gastos originados por el fallecimiento del asegurado. En su defecto, será efectuado dicho pago al Tomador y, en su defecto, a los herederos de este último.

Asimismo, cuando el importe de los gastos correspondientes al servicio fúnebre prestado sea inferior al capital asegurado vigente en el momento del fallecimiento para esta garantía principal, la Entidad Aseguradora se obliga a satisfacer la diferencia resultante al Tomador o, en su defecto, a sus herederos.

En el caso que la inhumación o la incineración no se realicen en la localidad de sepelio designada por el Asegurado fallecido e indicada en las Condiciones Particulares, el capital asegurado podría ser insuficiente para cubrir íntegramente el coste del servicio, no estando obligada la aseguradora a abonar la diferencia.

4.1.3 Ámbito territorial de la garantía

La Entidad Aseguradora prestará el servicio fúnebre exclusivamente en España.

No obstante, en el caso de que el fallecimiento del Asegurado ocurra fuera de España y los familiares opten por su inhumación en el lugar del siniestro, éstos realizarán el servicio por su cuenta y presentarán a la Entidad Aseguradora las facturas correspondientes, así como el certificado de defunción. La Entidad Aseguradora se compromete a resarcir los gastos ocasionados como consecuencia de la prestación del servicio, **hasta el límite máximo del capital asegurado vigente en el momento del fallecimiento para esta garantía principal**.

4.1.4 Personas no asegurables

Las personas mayores de 70 años o que padezcan cualquier tipo de enfermedad grave que limite su esperanza de vida no son asegurables, salvo que expresamente la Entidad Aseguradora lo acepte, se haga constar esta circunstancia en las Condiciones Particulares de la póliza y el Tomador satisfaga la sobreprima correspondiente.

4.1.5 Riesgos no cubiertos

Quedan fuera del objeto de cobertura de esta garantía principal las situaciones siguientes:

- Cuando el fallecimiento del Asegurado sea consecuencia directa o indirecta de las circunstancias de salud no declaradas, en el correspondiente cuestionario de salud.

4.2 Asistencia en viaje

4.2.1 Disposiciones previas

4.2.1.1 Asegurados

Para las coberturas de esta garantía complementaria ostenta la condición de asegurado el asegurado de la póliza que figura como tal en las condiciones particulares de la póliza.

4.2.1.1.1 Ámbito territorial

Esta garantía complementaria tiene validez en el mundo entero y en España a partir de 30 km. del domicilio habitual del asegurado, excepto para las coberturas 4.2.2.10 y 4.2.2.11 que únicamente serán válidas a partir del límite provincial de su residencia habitual y de las coberturas 4.2.2.5 (segundo párrafo), 4.2.2.6, 4.2.2.7, 4.2.2.8, 4.2.2.9, 4.2.2.11 y 4.2.2.12, cuyas coberturas sólo serán válidas en el extranjero.

Esta garantía complementaria no tiene validez para las personas no residentes en España.

4.2.1.3 Condiciones de asegurabilidad

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual no exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.

4.2.2 Descripción de coberturas de la garantía.

4.2.2.1 Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos

En caso de sufrir el asegurado una enfermedad o un accidente, la entidad aseguradora se hará cargo:

- a. De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.

Este traslado se realizará, de conformidad con el criterio de los Servicios Médicos de la entidad aseguradora, que determinará también conjuntamente con el médico que atienda al asegurado herido o enfermo, el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.

- b. De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, la entidad aseguradora se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y países de la ribera del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En otro caso, o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

4.2.2.2 Transporte o repatriación de los asegurados

Cuando a uno o más de los asegurados se les haya trasladado o repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la cobertura 4.2.2.1 anterior, y esta circunstancia impida al resto de los familiares, también asegurados, que le acompañen en el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de dichos asegurados hasta su domicilio o hasta el lugar donde esté hospitalizado el asegurado trasladado o repatriado.

Si los asegurados de los que se trata en el párrafo anterior fueran hijos menores de 15 años del asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, la entidad aseguradora pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de su domicilio o hasta donde se encuentre hospitalizado el asegurado.

4.2.2.3 Regreso anticipado del Asegurado a causa de fallecimiento de un familiar

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España o Andorra el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación del familiar en España o Andorra y, eventualmente, de los gastos de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

4.2.2.4 Regreso anticipado del Asegurado a causa de incendio o siniestro en su domicilio

Si durante el transcurso de un viaje, estando el asegurado fuera de su domicilio habitual se produjera en éste un siniestro de tal gravedad que lo convirtiera en inhabitable, la entidad aseguradora pondrá a disposición del asegurado un billete de tren o de avión para regresar a su domicilio. También y en el caso de que el asegurado precisara regresar al punto de partida, la entidad aseguradora pondrá a su disposición un billete de las mismas características (avión o tren) para tal efecto.

4.2.2.5 Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel

Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y su internamiento se prevea de duración superior a los 5 días, la entidad aseguradora pondrá a disposición de un familiar del mismo, un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado.

Si dicha hospitalización es en el extranjero, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, **hasta 50 euros por día y con un máximo de 500 euros.**

4.2.2.6 Gastos médico, quirúrgico, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero.

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la entidad aseguradora se hará cargo de:

- a. Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.

b. Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.

c. Los gastos de hospitalización

La cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de los citados gastos es de 12.000 €.

4.2.2.7 Gastos odontológicos de urgencia en el extranjero

Si el Asegurado necesita asistencia a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieran un tratamiento de urgencia, la Entidad Aseguradora se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento, **hasta un máximo de 150 €.**

4.2.2.8 Envío de medicamentos en el extranjero

Si el Asegurado desplazado hubiera hecho uso de la garantía 4.2.2.6 anterior, la Entidad Aseguradora se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del asegurado, prescritos por un facultativo, y que no pueden encontrarse en el lugar donde éste se encuentre. **Esta cobertura se limita al coste del envío de los medicamentos, manteniéndose que la cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de la garantía 4.2.2.6, será de 12.000.-Euros.**

4.2.2.9 Gastos de prolongación de estancia en un hotel en el extranjero

Cuando sea de aplicación la garantía 4.2.2.6 anterior, la Entidad Aseguradora se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, **hasta un importe de 50 € por día y con un máximo de 500 €.**

4.2.2.10 Transporte o repatriación de fallecidos y de los asegurados acompañantes

La Entidad Aseguradora se hará cargo de todos los gastos y todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del asegurado, así como de su transporte o repatriación hasta el lugar de su inhumación en España o en Andorra o en cualquier otro país de residencia habitual del asegurado.

En el caso de que los familiares asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la Entidad Aseguradora se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España o en Andorra.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del Asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, la Entidad Aseguradora pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España o en Andorra o su residencia habitual.

4.2.2.11 Acompañante en caso de traslado por fallecimiento

Un familiar del Asegurado fallecido o persona designada al efecto, tendrá derecho a un billete de avión (ida y vuelta) o del medio de transporte idóneo, para que pueda viajar hasta el lugar donde haya ocurrido el fallecimiento y regresar acompañando el cadáver.

4.2.2.12 Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales

En caso de robo de equipajes y efectos personales, la Entidad Aseguradora prestará asesoramiento al Asegurado para la denuncia de los hechos. Tanto en este caso como en el de pérdida o de extravío de dichas pertenencias, si éstas fueran recuperadas. La Entidad Aseguradora se encargará de su expedición hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado de viaje o hasta su domicilio.

4.2.2.13 Defensa jurídica automovilística en el extranjero

Defensa del Asegurado conductor del vehículo, ante las jurisdicciones civiles o penales, de las acciones que contra él se dirijan a consecuencia de un accidente de circulación y hasta una cantidad máxima de 1.500 €.

4.2.2.14 Prestación y/o adelanto de fianzas penales en el extranjero

Exigidas al asegurado, conductor del vehículo, en un procedimiento criminal a consecuencia de un accidente de circulación. **La suma máxima para este concepto es la señalada para la anterior garantía, o sea, 1.500 €.**

Se incluye, en concepto de adelanto por cuenta del asegurado, la fianza penal para garantizar la libertad provisional del asegurado, o su asistencia personal al juicio. En este caso, el Asegurado deberá firmar un escrito de reconocimiento de deuda, comprometiéndose a la devolución de su importe dentro de los dos meses siguientes a su regreso al domicilio o, en todo caso, en los tres meses de efectuada su petición. **La suma máxima adelantada por este concepto es la de 5.000 €.**

La Entidad Aseguradora se reserva el derecho a solicitar del Asegurado algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

4.2.2.15 Informaciones de viaje

La Entidad Aseguradora facilitará, a petición del asegurado, información referente a:

- a. Vacunación y petición de visados para países extranjeros así como aquellos requisitos que están especificados en la publicación más reciente del T.I.M. (Travel Information Manual), Manual de Información sobre Viajes, publicación conjunta de catorce miembros de líneas aéreas de I.A.T.A. La Entidad Aseguradora no se responsabiliza de la exactitud de la información contenida en el T.I.M. ni de las variaciones que puedan realizarse en la citada publicación.
- b. Direcciones y números de teléfono de las embajadas españolas y consulados de todo el mundo, donde los hubiere.

4.2.2.16 Transmisión de mensajes

La Entidad Aseguradora se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

4.2.3 Riesgos no cubiertos y delimitación de la cobertura

Quedan fuera del objeto de cobertura de esta garantía básica de asistencia en viaje las situaciones siguientes:

- Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas a la Entidad Aseguradora y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.

- Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización en España.
- Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.
- La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causados intencionadamente por el Asegurado a sí mismo.
- Las derivadas directa o indirectamente de acciones criminales del asegurado.
- El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión de alcohol, drogas o sustancias estupefacientes ilegales y medicamentos sin prescripción médica.
- Los gastos de prótesis, gafas y lentillas, los partos y embarazos, excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, y cualquier tipo de enfermedad mental.
- Los eventos ocasionados en la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9 €.
- En el traslado o repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación y de ceremonia. No obstante, estos gastos estarán cubiertos por el seguro por medio de la garantía principal de «servicio fúnebre», hasta el límite máximo del capital asegurado vigente en el momento del fallecimiento para esta garantía principal.

En ninguna circunstancia el Asegurado puede pretender el reembolso de los gastos efectuados directamente por él mismo sin previa autorización de la Entidad Aseguradora, salvo en los casos médicos de urgencia vital y el traslado al centro médico más próximo, siempre que comunique el siniestro dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes.

4.2.4 Forma de prestar los servicios

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las coberturas indicadas para esta garantía complementaria, se debe indicar: nombre del asegurado, número de póliza del Seguro de Decesos, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubieran incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes, dentro de los límites establecidos en estas Condiciones Generales.

Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al Asegurado con el Equipo Médico de la Entidad Aseguradora.

Para la prestación por la Entidad Aseguradora de los servicios inherentes a las anteriores coberturas de esta garantía complementaria, es indispensable que el Asegurado solicite su intervención desde el momento del suceso al siguiente teléfono (puede hacerlo a cobro revertido), según el país donde se encuentre.

TELÉFONO DE ASISTENCIA EN VIAJE
Desde España: 93 482 66 00
Desde el extranjero: + 34 93 482 66 00
24 HORAS / 365 DÍAS

4.2.5 Derechos de la Entidad Aseguradora

Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumido, al hacer uso de la garantía de transporte o repatriación, dicho reembolso revertirá a la Entidad Aseguradora.

Las indemnizaciones fijadas en las coberturas de esta garantía complementaria serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la Seguridad Social o de cualquier otro régimen de previsión social.

4.2.6 Subrogación

La Entidad Aseguradora queda subrogada en todos los derechos y acciones que puedan corresponder a las personas aseguradas contra cualquier tercero responsable hasta el límite del costo a su cargo en el respectivo siniestro.

4.3 Traslado nacional e internacional.

Se entiende por traslado la conducción del Asegurado fallecido desde el lugar de fallecimiento, al cementerio o planta incineradora dentro del territorio español elegido libremente por los familiares del Asegurado fallecido.

4.3.1 Condiciones de asegurabilidad

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas por esta garantía complementaria, el Asegurado debe tener su residencia en España.

4.3.2 Descripción de la cobertura

4.3.2.1 Traslado nacional e internacional en caso de fallecimiento

En caso de fallecimiento de un asegurado, la Entidad Aseguradora organizará el traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación o incineración en España y se hará cargo de los gastos del mismo. En dichos gastos se entenderán incluidos los de acondicionamiento post-mortem de acuerdo con los requisitos legales.

4.3.2.2 Acompañante en caso de traslado internacional por fallecimiento

Los causahabientes del Asegurado fallecido en el extranjero podrán designar a una persona, la cual tendrá derecho a un billete de ida y vuelta en avión (clase turista), ferrocarril (primera clase) o transporte público y colectivo más idóneo para que pueda viajar desde España hasta el país donde haya ocurrido el siniestro y regresar a España acompañando al fallecido.

Existirá el mismo derecho en el caso de los asegurados residentes en la Península que fallezcan en Ceuta, Melilla, Baleares y Canarias.

4.3.2.3 Regreso de acompañantes del Asegurado fallecido

Para los familiares asegurados con la Entidad Aseguradora que viajaban junto con

el Asegurado fallecido y no pudieran regresar a España por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso, la Entidad Aseguradora se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de su domicilio.

4.3.2.4 Asistencia a menores en el extranjero

Si las personas a las que se refiere la cobertura anterior fueran hijos menores de 15 años que tuvieran también la condición de asegurados y no tuvieran un familiar o persona de confianza para acompañarles, la Entidad Aseguradora pondrá a su disposición una persona que viaje con ellos hasta la localidad de residencia en España.

4.3.3 Forma de prestar los servicios

Para la prestación del servicio inherente a esta garantía, es indispensable dar conocimiento del fallecimiento del Asegurado a la Entidad Aseguradora inmediatamente después de que haya sucedido. **El no hacerlo, se entenderá como renuncia a las prestaciones de esta garantía complementaria de «traslado nacional e internacional».**

El traslado del Asegurado fallecido se realizará siempre que por parte de las autoridades competentes no exista impedimento alguno para efectuarlo y se lleve a cabo por mediación de la empresa funeraria que la Entidad Aseguradora designe al efectuarse la correspondiente declaración de fallecimiento.

No hacer uso de las coberturas de esta garantía complementaria no da derecho a ningún tipo de indemnización, ni reembolso de gastos.

4.3.4 Riesgos no cubiertos

Quedan fuera del objeto de cobertura de esta garantía complementaria las situaciones siguientes:

- Cuando el Asegurado tenga su residencia en el extranjero.
- Cuando el Asegurado participe en conflictos armados civiles o militares, revueltas o insurrecciones
- Los gastos de inhumación y ceremonia. No obstante, estos gastos estarán cubiertos por este seguro por medio de la garantía principal de «servicio fúnebre», hasta el límite máximo del capital Asegurado vigente en el momento del fallecimiento para esta garantía principal.

4.4 Servicio de gestoría, asesoramiento y testamento

4.4.1 Descripción de los servicios de gestoría y asesoramiento en decesos

La Entidad Aseguradora tomará a su cargo la gestión de los trámites que se describen a continuación a petición de los herederos legales del Asegurado fallecido.

Estarán cubiertos:

- Asesoramiento telefónico del proceso de tramitación de documentos a consecuencia de un fallecimiento y la sucesión en el patrimonio y los derechos del fallecido.
- Obtención del certificado de defunción.
- Obtención del certificado de últimas voluntades.
- Obtención del certificado de contratos de seguro.
- Obtención del certificado de nacimiento.

- Obtención del certificado de convivencia.
- Tramitación de la Fe de Vida.
- Anotación de la defunción en el Libro de Familia.
- Tramitación pensión de viudedad.
- Tramitación auxilio para la defunción.
- Tramitación pensión de orfandad.
- Tramitación del pago y presentación de la declaración del impuesto sobre sucesiones **en relación con el capital asegurado en una póliza de vida o de accidentes.**
- Asesoramiento en la sucesión no litigiosa.
- Obtención del certificado del médico o médicos que hayan asistido al fallecido, detallando historia clínica y naturaleza de la enfermedad o accidente que ocasionó la muerte.
- Obtención del último testamento otorgado por el causante o, en su caso, señalamiento de herederos en las sucesiones sin testamento (“ab intestato”).

4.4.2 Forma de prestar los servicios de gestoría y asesoramiento en decesos

Dichos trámites serán realizados por la Entidad Aseguradora o quien ésta designe.

Para la prestación del servicio se requerirá la previa solicitud telefónica a la Entidad Aseguradora quien asesorará a los herederos legales del Asegurado fallecido en relación a los trámites a realizar. **Estos trámites sólo se realizarán en España.**

TELÉFONO del Servicio de gestoría y asesoramiento en decesos
93 482 66 00
De 9h a 19h de Lunes a Viernes.

No quedan cubiertos los pagos de las correspondientes tasas o impuestos legalmente repercutibles sobre los trámites a realizar.

4.4.3 Servicio de testamento

Esta garantía incluye los siguientes servicios:

- Asesoramiento jurídico telefónico o telemático en materia sucesoria y testamentaria.
- Redacción Testamento Abierto Notarial
- Asistencia hasta la firma en Notaría y otorgamiento del testamento
- Gastos de arancel notarial

4.4.3.1. Descripción del servicio de testamento

1. Asesoramiento jurídico telefónico o telemático en materia sucesoria y testamentaria.

La entidad aseguradora garantiza un servicio de asesoramiento y orientación legal por parte de un abogado especialista de la compañía sobre cualquier consulta de carácter jurídico relativo a temas sucesorios y testamentarios.

2. Redacción de un Testamento Abierto Notarial al año.

El Asegurado tendrá acceso a un servicio gratuito de elaboración de un Testamento Abierto Notarial, o modificación del mismo, al año.

3. Asistencia hasta la firma en Notaría y otorgamiento del testamento.

El abogado asignado asesorará hasta la firma y otorgamiento del Testamento en todas aquellas cuestiones legales de las que el Asegurado pueda tener dudas durante todo el proceso, incluyendo, si fuera el caso, la revisión del texto del borrador del Testamento preparado por el Notario, pudiendo efectuar las recomendaciones necesarias al asegurado.

El Asegurado podrá escoger un Notario a su libre elección o podrá solicitar que la Entidad Aseguradora le facilite uno lo más cercano posible a su domicilio.

4. Gastos de arancel notarial.

La cobertura incluye los gastos notariales y aranceles del otorgamiento del testamento, exceptuando cualquier otro gasto que se pueda derivar de este servicio, que correrá a cargo del Asegurado.

4.5 Asistencia psicológica al duelo

La Entidad Aseguradora pondrá a disposición del núcleo familiar un Servicio Telefónico de Gestión del Duelo en caso de fallecimiento del asegurado. Dicho servicio consistirá en la asistencia telefónica de un equipo de psicólogos especializados que les atenderán 24 horas y 365 días al año, brindándole un apoyo inmediato y cercano para hacer frente a ese momento difícil. Se incluye asimismo una primera consulta presencial gratuita.

Se entenderá finalizado el período de duelo transcurridos seis meses desde el fallecimiento del asegurado.

5. Garantías Complementarias Optativas

5.1 Repatriación a país de origen

5.1.1 Condiciones de asegurabilidad

La presente garantía complementaria opcional será aplicable a todos los asegurados que cumplan los siguientes requisitos:

- Tener nacionalidad distinta a la española o doble nacionalidad.
- Acreditar su condición legal de residentes en España conforme a la legislación vigente.
- Tener la tarjeta NIE (número de identificación de extranjero).
- La permanencia fuera del domicilio que se tenga en el territorio español no podrá ser de más de 30 días consecutivos.

5.1.2 Descripción del servicio de repatriación cubierto en caso de fallecimiento del asegurado

En caso de fallecimiento del Asegurado en España la Entidad Aseguradora organiza y se hace cargo del traslado del cuerpo desde el lugar del fallecimiento hasta el aeropuerto internacional más próximo a la localidad de inhumación en el país de origen del Asegurado fallecido designado expresamente en las Condiciones Particulares, siempre que los medios inicialmente previstos lo permitan y previa comunicación por parte de los familiares del Asegurado fallecido de la funeraria que se hará cargo de los restos mortales en el país de origen.

Quedan cubiertos los siguientes gastos:

- De embalsamamiento y formalidades administrativas, así como los fletes, aduanas y tramitación.
- De traslado del cuerpo desde el lugar de fallecimiento al aeropuerto internacional más cercano.
- De la repatriación del fallecido desde el aeropuerto internacional al país de origen indicado en la póliza.
- Del traslado del cuerpo desde el aeropuerto internacional del país de origen hasta el lugar del sepelio. Los gastos de este último desplazamiento tendrán un límite de 1.500 €.

5.1.3 Forma de prestar los servicios

Para la prestación del servicio inherente a esta garantía, es indispensable dar conocimiento del fallecimiento del Asegurado a la Entidad Aseguradora inmediatamente después de que haya sucedido. **El no hacerlo, se entenderá como renuncia a las prestaciones de esta garantía complementaria de «repatriación a país de origen».**

El traslado del Asegurado fallecido se realizará siempre que no exista impedimento alguno por parte de las autoridades para efectuar el traslado o medien causas de fuerza mayor y el traslado se realice por mediación de la empresa funeraria que la Entidad Aseguradora designe al efectuarse la correspondiente declaración de fallecimiento.

No hacer uso de cualquiera de las coberturas de esta garantía complementaria no da derecho a ningún tipo de indemnización, ni reembolso de gastos.

5.1.4 Riesgos no cubiertos

Quedan fuera del objeto de cobertura de esta garantía complementaria las situaciones siguientes:

- Cuando el traslado no haya sido comunicado previamente a la Entidad Aseguradora y para el que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización. Se excluye expresamente el transporte de órganos, tejidos, células y derivados, embriones y fetos.
- En caso de que el fallecimiento del Asegurado acontezca en aquellos países que se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente; y aquellos casos en los que el traslado sea a alguno de estos países en las mismas circunstancias.
- Los gastos de inhumación y ceremonia. No obstante, estos gastos estarán cubiertos por este seguro por medio de la garantía principal de «servicio fúnebre», hasta el límite máximo del capital asegurado vigente en el momento del fallecimiento para la garantía principal, de acuerdo con lo indicado en el apartado 4.1.3 anterior. El citado límite actuará de forma conjunta para los gastos funerarios que, en su caso, se hubieran realizado en España y los gastos de inhumación y ceremonia realizados en el país de origen.

5.2 Fallecimiento e Invalidez Permanente por accidente, según baremo de lesiones.

5.2.1 Descripción de coberturas

5.2.1.1 Fallecimiento por accidente

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, se produjera el fallecimiento del asegurado, de forma inmediata o dentro de los 365 días siguientes al accidente, la Entidad Aseguradora pagará a los beneficiarios designados el capital establecido a tal efecto en las Condiciones Particulares de la póliza.

5.2.1.2 Invalidez Permanente por accidente, según baremo de lesiones.

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, dentro de los 365 días siguientes al accidente, el Asegurado queda afectado por una de las lesiones permanentes relacionadas en el baremo siguiente, la Entidad Aseguradora pagará al Asegurado la prestación que le corresponda, de acuerdo con el porcentaje otorgado.

Los porcentajes de incapacidad siguientes, son independientes de la profesión del asegurado, se determinan exclusivamente según el baremo siguiente y la prestación se valorará aplicando los porcentajes indicados para cada lesión sobre el capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares para esta garantía complementaria optativa.

Tipo de LESIÓN	Porcentaje
Cabeza y Sistema Nervioso	
Enajenación mental completa e incurable que impida la realización de todo trabajo profesión o actividad empresarial	100%
Hemiplejia completa	100%
Hemiplejia unilateral	70%
Epilepsia en grado máximo rebelde al tratamiento	25%
Ceguera de los dos ojos	100%
Ceguera de un ojo	30%
Sordera completa de los dos oídos	60%
Sordera completa de un oído	15%
Pérdida total de olfato y/o gusto	5%
Pérdida del maxilar superior	40%
Pérdida del maxilar inferior	30%
Trastornos graves de las articulaciones de ambos maxilares	15%
Pérdida total de la nariz	25%
Columna Vertebral	
Paraplejia o Tetraplejia	100%
Limitación de movilidad a consecuencia de rotura de vértebras: 3% por vértebra afectada, con el límite máximo del	20%
Abdomen	
Pérdida de un pulmón	20%
Pérdida de los dos riñones	60%
Pérdida de un riñón	15%
Pérdida del bazo	10%
Extremidades superiores	
Pérdida o inutilidad absoluta de los dos brazos o de las dos manos	100%

Pérdida funcional o anatómica:	<u>Derecho</u>	<u>Izquierdo</u>
- Del brazo o de la mano	60%	50%
- Del dedo pulgar o índice	15%	13%
- De uno de los demás dedos	8%	6%
Pérdida total del movimiento:		
- Del hombro	30%	25%
- Del codo	25%	20%
- De la muñeca	15%	13%

Tipo de LESIÓN	Porcentaje
Extremidades inferiores	
Pérdida o inutilización absoluta de:	
- Ambas piernas o ambos pies	100%
- Una pierna o un pie junto con un brazo	100%
- Una pierna por encima de la rodilla	50%
- Una pierna por debajo de la rodilla	40%
- Un pie	35%
- El dedo gordo de un pie	10%
- Uno de los demás dedos de un pie	5%
Pérdida total del movimiento:	
- De la cadera	30%
- De la rodilla	25%
- Del tobillo	15%

En aplicación del anterior baremo se tendrán en cuenta las siguientes normas:

- Para cada tipo de lesión se aplicarán los porcentajes correspondientes.
- Cuando el Asegurado sea zurdo, el porcentaje previsto para el miembro superior derecho se aplicará al miembro superior izquierdo e inversamente.
- Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad al mismo un defecto físico o funcional, el porcentaje de la lesión permanente vendrá determinado por la diferencia entre el de la lesión preexistente y el que resulte del accidente.
- Cuando un mismo accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales, se acumularán sus porcentajes de indemnización correspondiente para cada una de ellas, **con el límite del 100%**.
- Las lesiones no especificadas de modo expreso en el baremo y **que se originen como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza**, se indemnizarán por analogía con otros casos que figuran en el mismo.
- Cuando la pérdida o incapacidad funcional de un miembro u órgano sea sólo parcial, el grado de invalidez indicado en el baremo será reducido proporcionalmente.
- Las alteraciones psíquicas y nerviosas sólo serán computables cuando sean**

consecuencia directa de lesiones físicas del sistema nervioso.

- h. Si después del pago de la indemnización por invalidez permanente, el Asegurado muere a consecuencia del accidente, dentro de los 365 días siguientes al accidente, la Entidad Aseguradora abonará la diferencia positiva entre el capital de la garantía complementaria de «fallecimiento por accidente» y la indemnización ya pagada por esta garantía complementaria de «invalidez permanente por accidente».

5.2.2 Personas no asegurables

No puede ser asegurados las personas que, en el momento de la suscripción o en de la adhesión sean menores de 14 años y las de 64 o más años de edad.

5.2.3 Riesgos no cubiertos

Quedan fuera del objeto de cobertura de estas garantías complementarias de accidentes las situaciones siguientes:

- a. Cualquier daño o lesión que sea distinto de los estrictamente definidos en estas Condiciones Generales.
- b. Los accidentes que, a efectos del seguro, no tengan la consideración de tales de acuerdo con la definición de accidente especificada en el apartado 1 de estas Condiciones Generales.
- c. Los actos dolosos y criminales cometidos por el Asegurado y/o beneficiario, o con su cooperación.
- d. Los accidentes sufridos por el Asegurado en situación de enajenación mental, en estado de embriaguez o bajo el efecto de drogas o estupefacientes no prescritos médicamente.
- e. Los accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave del Asegurado y los derivados de su participación en apuestas, desafíos o peleas, salvo en caso de legítima defensa.
- f. Las consecuencias de accidentes ocurridos antes de la fecha de entrada en vigor de las coberturas del seguro, aunque las consecuencias de los mismos se manifiesten o determinen durante la vigencia de éste.
- g. Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluso el infarto de miocardio y el derrame cerebral, aunque sean consideradas accidentes, así como las lesiones u otras consecuencias debidas a intervenciones quirúrgicas, inyecciones o tratamientos médicos, cuando no sean resultado de un accidente cubierto por la póliza.
- h. Las hernias, protusiones, eventraciones de cualquier tipo y causa, ciatalgias, así como las lumbalgias.
- i. Las lesiones por sobreesfuerzo que se realicen diariamente en las actividades habituales o profesionales.
- j. Los accidentes que se produzcan por:
 - La participación del asegurado, como profesional o aficionado, o bien de forma puntual, en carreras, competiciones, entrenamientos o circuitos de cualquier clase de vehículos a motor.

- La conducción de vehículos a motor cuando el Asegurado no esté en posesión de la autorización administrativa correspondiente.
- La utilización, como pasajero o tripulante de medios de navegación aérea no destinados al transporte de pasajeros en línea regular.
- Las consecuencias del ejercicio por el Asegurado de la actividad de piloto, alumno-piloto o miembro de la tripulación de una aeronave, tanto civil como militar. Así como, las consecuencias de volar como pasajero de aeronaves no pertenecientes a líneas regulares.
- La navegación profesional marítima.
- Trabajos en industrias químicas u otras que utilicen materias tóxicas, explosivas o corrosivas.
- Trabajos de construcción o extracción realizados bajo tierra, bajo o sobre el agua.
- La práctica profesional de cualquier deporte.
- La realización como aficionado, aunque sea de forma puntual, de los siguientes deportes:
 - Ala delta, parapente, vuelo en ultraligeros, paracaidismo, ascensiones en globo, planeador y motoplaneador.
 - Alta montaña, espeleología, la práctica de escalada.
 - Barranquismo, hidrospeed, rafting y, en general, cualquier deporte en aguas bravas.
 - Caza, deportes en los que se empleen armas de fuego y tiro con arco.
 - Inmersiones acuáticas y submarinismo con aparatos de respiración autónoma a más de 20 metros de profundidad.
 - Lucha, artes marciales, rugby y deportes ecuestres.
 - Motonáutica, quad y motocross.
 - Puenting y otras modalidades de salto con cuerda elástica.
 - Esquí fuera de pistas y saltos de esquí o de trampolín.
 - Bobsleigh.
 - Boxeo, judo o luchas de cualquier clase.
 - Toreo, rodeo o encierro de reses en todas sus manifestaciones.
 - Cualquier otra actividad de características similares que implique peligrosidad.

5.2.4 Designación y revocación de beneficiarios

Para la garantía complementaria de fallecimiento por accidente el Tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento de la Entidad Aseguradora.

La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada fehacientemente a la Entidad Aseguradora o en el último testamento válido, siendo la última efectuada en el tiempo la que se tendrá en cuenta, independientemente de la forma jurídica del documento.

Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiera beneficiarios concretamente designados, se entenderá que los mismos son los establecidos en el apartado 1.1 número 1) de estas Condiciones Generales.

El Tomador del seguro puede revocar la designación del beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el siniestro, quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización acrecerá a los demás beneficiarios, y en caso de no haber otros designados, se seguirá el orden establecido en el artículo 1.1. de estas Condiciones Generales.

5.2.5 Procedimiento de actuación para percibir la prestación

Los beneficiarios o el asegurado, según el caso, deberán comunicar por escrito a la Entidad Aseguradora el hecho que pueda dar lugar a una prestación de esta garantía complementaria, lo antes posible y en el plazo máximo de 7 días desde su ocurrencia.

Los beneficiarios o el asegurado, según el caso en función del riesgo cubierto, tienen la obligación de:

- a. Aportar toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, tales como el informe médico de urgencias donde fue atendido de la lesión causada por el accidente, informes médicos de seguimiento, tratamientos, evolución y hospitalización.
- b. Aminorar en lo posible las consecuencias del mismo. Recurrir, lo antes posible, a un médico y cumplir sus prescripciones con la diligencia necesaria para el pronto restablecimiento del asegurado. **El abandono injustificado del tratamiento implicará la extinción de la cobertura del seguro y la Entidad Aseguradora quedará liberada de las obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran producirse.**
- c. Permitir, en cualquier caso, el examen del Asegurado por los médicos designados por la Entidad Aseguradora, permitiendo la obtención de toda clase de informaciones o pruebas complementarias.
- d. Relevar del deber de secreto profesional a los facultativos y centros médico-hospitalarios que atiendan o hayan atendido al asegurado, así como a los profesionales que hubieran intervenido con motivo del accidente, respecto a la información que la Entidad Aseguradora pueda solicitar sobre su estado de salud completo y antecedentes médicos.

Las prestaciones aseguradas se pagarán cuando terminen las investigaciones sobre la existencia del siniestro y una vez que obre en poder de la Entidad Aseguradora la documentación completa y justificativa necesaria para la valoración de la indemnización, y en su caso la documentación acreditativa de las obligaciones fiscales que correspondan.

5.2.5.1 Para la garantía de Fallecimiento por accidente

Para percibir la prestación, el beneficiario deberá aportar la siguiente documentación:

- a. Certificado de defunción del asegurado.
- b. Testimonio de las diligencias judiciales o documentos médicos que acrediten el origen y las causas del fallecimiento.
- c. Documentos acreditativos de su condición de beneficiario.
- d. En su caso, los documentos que justifiquen haber presentado a liquidación la documentación correspondiente para el pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones o el ingreso de la autoliquidación practicada.

5.2.5.2 Para la garantía de Invalidez Permanente por accidente, según baremo de lesiones

Para percibir la prestación el Asegurado deberá aportar un certificado médico en el que se precisen las causas y el tipo de secuelas resultantes del accidente, reservándose la Entidad Aseguradora el derecho de comprobar, mediante sus facultativos, el grado de invalidez y la posibilidad de recuperación física o psíquica del asegurado.

6. Riesgos excluidos

Quedan excluidos con carácter general para todas las garantías del seguro los siniestros producidos con motivo o a consecuencia de los siguientes riesgos:

- Los riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- Los siniestros producidos por conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra, o cualquier otro siniestro que por su magnitud y gravedad sean clasificados por el Gobierno como «catástrofe o calamidad nacional».
- Los riesgos derivados de la reacción o radiación nuclear y/o contaminación radiactiva causada directa o indirectamente.
- Los riesgos causados por mala fe del asegurado.
- Los riesgos correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la prima, durante el período de carencia o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley del Contrato de Seguro, el seguro se halle en suspensión o extinguido por falta de pago de las primas.

Asimismo, quedan fuera del objeto de cobertura general del seguro las situaciones siguientes:

- Todas las situaciones incluidas en los apartados «Riesgos no cubiertos» de algunas de las garantías del seguro (apartados 4.1.5, 4.2.3, 4.3.4, 5.1.4 y 5.2.3 anteriores de estas Condiciones Generales).
- Cuando el siniestro corresponda a garantías opcionales que no hayan sido contratadas y no figuren expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

7. Formalización y entrada en vigor del seguro

La póliza entra en vigor en la fecha de efecto indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que la primera prima conste efectivamente abonada. Los suplementos y apéndices tomarán efecto una vez se hayan cumplido los mismos requisitos.

8. Plazos de carencia

Las garantías del seguro toman efecto:

- En la fecha de efecto del seguro:
 - En caso de que el siniestro sea consecuencia de un accidente, cubierto por la póliza, posterior a dicha fecha.
 - Cuando los asegurados lo estuvieran inmediatamente antes en otra póliza de decesos de otra Entidad Aseguradora.

- En cualquier otro caso, **después de un período de carencia de 2 meses**, a contar desde la fecha de efecto de incorporación de cada Asegurado a la póliza.

Si el fallecimiento del Asegurado ocurre durante el período de carencia, con independencia del momento de su comunicación a la Entidad Aseguradora, no dará lugar al pago de las prestaciones y conllevará la resolución del contrato. Las primas satisfechas serán reembolsadas al Tomador salvo que hubiera concurrido dolo o culpa grave por parte del Tomador o Asegurado al realizar la declaración de buen estado de salud.

En las Condiciones Particulares podrá pactarse un período de carencia diferente a los plazos establecidos en el presente apartado con carácter general.

9. Duración del seguro

La presente póliza se contrata por el período indicado en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, se prorrogará automáticamente por sucesivas anualidades, siempre que la póliza se encuentre en vigor mediante el pago de la prima correspondiente, determinada de acuerdo con lo indicado en el apartado 12 posterior.

No obstante, **el seguro se extingue en los siguientes supuestos:**

- 1) Para todos los asegurados incluidos en la póliza y para todas las garantías:
 - a. Cuando el Tomador solicite su extinción, oponiéndose a la prórroga mediante comunicación escrita a la Entidad Aseguradora, efectuada con un plazo mínimo de un mes de anticipación al vencimiento de la anualidad de seguro en curso.
 - b. Cuando el Tomador deje de pagar las primas dentro de los plazos establecidos en estas Condiciones Generales.**
 - c. Cuando el tomador ejerza el derecho de rescate, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado 15 posterior.
 - d. Por aceptación de ambas partes.
- 2) Para cada uno de los asegurados incluidos en la póliza y para todas las garantías del mismo:
 - a. Por fallecimiento del asegurado.
- 3) En función de las garantías:
 - a. Para las garantías complementarias de «fallecimiento por accidente» e «invalidez permanente por accidente, según baremo de lesiones» la cobertura terminará, para cada asegurado:
 - **Al finalizar la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad.**
 - **Por pago de la prestación de la garantía complementaria de «invalidez permanente por accidente, según baremo de lesiones» cuando el grado de invalidez alcanzado por el Asegurado sea del 100%.**

10. Modificaciones del contrato

Las altas de asegurados que se produzcan tomarán efecto en la fecha que se indique en el correspondiente suplemento, siempre que se abone el incremento de prima que corresponda y tendrán los plazos de carencia indicados en el apartado 8 anterior.

El Tomador del seguro o, en su caso, el asegurado, deberán comunicar a la Entidad Aseguradora, tan pronto como les sea posible, los cambios de domicilio de los asegurados, ya sea dentro de la localidad en que resida o a población distinta.

La Entidad Aseguradora adaptará el contrato a la nueva situación y, si procede, regularizará la prima.

11. Actualización de capitales asegurados

11.1 Revalorización automática

Con la finalidad de mantener actualizados los capitales asegurados, al término de cada anualidad de seguro, se aplicará una revalorización automática de los capitales asegurados en función de las variaciones que experimente el Índice de Precios al Consumo (índice nacional general), que tendrá también la correspondiente repercusión de aumento de prima, según lo dispuesto para el cálculo de prima.

En el caso de que la variación anual de dicho índice sea negativa, los capitales asegurados permanecerán invariables.

Esta revalorización automática de capitales se aplicará a la garantía principal de «servicio fúnebre» y, en el supuesto que hubieran sido contratadas, a las garantías complementarias de «fallecimiento por accidente» e «invalidez permanente por accidente, según baremo de lesiones»

Las variaciones de capital darán lugar a una actualización de la prima inicial y se tarificarán de acuerdo con la edad alcanzada por los asegurados en el momento que tome efecto dicha variación, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado 12 posterior sobre determinación de la prima.

11.2 Adecuación del capital asegurado de la garantía de «servicio fúnebre»

Si a lo largo de la vigencia del seguro, la Entidad Aseguradora observase que existe una desviación entre los capitales asegurados y el coste de la prestación del servicio de la garantía principal de «servicio fúnebre» lo pondrá en conocimiento del Tomador, proponiéndole una actualización del capital asegurado y comunicándole la variación de las primas iniciales correspondientes a partir de dicha actualización.

11.3 Rechazo por parte del Tomador del sistema de actualización del capital asegurado

Si el Tomador no aceptara la actualización propuesta, se mantendrá el capital asegurado de la garantía principal de «servicio fúnebre» alcanzado hasta aquel momento, en cuyo caso, la Entidad Aseguradora, cuando se produzca el fallecimiento del asegurado, sólo responderá hasta el límite máximo de capital que figure en las Condiciones Particulares de la póliza o en el último recibo de prima, siendo a cargo de los familiares del Asegurado fallecido el importe de la diferencia, si la hubiese.

Para ello, será suficiente que el Tomador lo comunique fehacientemente a la Entidad Aseguradora dentro de un período máximo de dos meses desde la fecha de efecto de la actualización del capital. Pasado este período, la solicitud no será admitida por la Entidad Aseguradora.

El rechazo, por parte del Tomador, de la actualización de capital de la garantía principal de «servicio fúnebre», a partir de entonces, tendrá las siguientes

consecuencias:

- a. El capital asegurado podría ser insuficiente para cubrir íntegramente el coste del servicio.
- b. No se reconoce el derecho a actualizar el capital asegurado, permaneciendo dicho capital constante.

12. Determinación de la prima

La base para la valoración del riesgo y determinación de la prima del seguro se fundamenta en las declaraciones efectuadas por el Tomador y los asegurados en la solicitud de seguro y, en su caso, en los cuestionarios previos que han servido a la Entidad Aseguradora para aceptar el riesgo y fijar la prima.

12.1 Garantía principal. Modalidades de contratación

El Tomador elige, al inicio del seguro, el tipo de prima de la garantía principal de «servicio fúnebre», de entre las dos modalidades siguientes:

- a. Prima nivelada creciente linealmente un 5% anual.
- b. Prima natural hasta los 70 años.

12.1.1 Modalidad de «Prima nivelada creciente linealmente un 5% anual»

Esta modalidad de prima se basa en un seguro vida entera con pago de primas vitalicias crecientes linealmente un 5% anual.

En esta modalidad, la prima inicial de la garantía principal de «servicio fúnebre» se establece en función de la edad de cada asegurado, en el momento de su incorporación al seguro, y del capital inicialmente contratado. **Los aumentos de capital se tarifican en función de la edad de los distintos asegurados en la fecha de efecto de cada uno de los incrementos del capital y del importe de los mismos.**

La prima de la garantía principal, en cada renovación anual, será el resultado de añadir a la prima inicial en la fecha de efecto de incorporación al seguro de cada asegurado, las primas iniciales correspondientes a cada uno de los aumentos de capital, más el incremento lineal del 5% anual sobre la base de cada una de dichas primas iniciales.

En consecuencia la prima del seguro, en la garantía principal de «servicio fúnebre», que incluye la prima resultante del capital inicial, así como la de los sucesivos aumentos de capital ya realizados, crece linealmente, hasta el fallecimiento de cada uno de los asegurados, en un 5% anual.

12.1.2 Modalidad de «Prima natural»

En esta modalidad, la prima de la garantía principal de «servicio fúnebre» se basa en un sistema mixto, en función de la edad alcanzada por cada uno de los asegurados:

12.1.2.1 Hasta los 69 años de edad

Se trata de un seguro temporal anual renovable.

Al inicio del seguro y, posteriormente, en cada renovación anual, hasta el momento que cada Asegurado alcance los 70 años de edad, las primas de la garantía principal serán crecientes anualmente en función de la edad alcanzada por cada Asegurado

en ese momento, aplicando, sobre el capital asegurado vigente, las tarifas de primas que la Entidad Aseguradora tenga en vigor en el momento de la renovación anual.

El capital asegurado vigente se obtendrá, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado 11 anterior sobre “actualización de capitales asegurados”.

Esta modalidad de prima se aplicará mientras la edad alcanzada de cada asegurado, en el momento de la renovación anual, sea inferior a los 70 años.

12.1.2.2 A partir de la anualidad de seguro en que cada Asegurado cumpla los 70 años de edad

A partir de la anualidad de seguro en que cada Asegurado cumpla los 70 años de edad, se pasa a la modalidad de «Prima nivelada creciente linealmente un 5% anual» y la prima se determinará conforme a lo dispuesto en el apartado 12.1.1. anterior, tomando como edad de entrada la que el Asegurado tenga en ese momento.

12.2 Garantías complementarias

Para las demás garantías del seguro, distintas de la garantía principal de «servicio fúnebre», la prima del seguro se determina anualmente, de acuerdo con las tarifas de primas establecidas por la Entidad Aseguradora en cada renovación anual.

Asimismo, para las garantías complementarias, sus coberturas, condiciones y primas, pueden ser modificadas por la Entidad Aseguradora en cada renovación anual.

Las variaciones de prima se fundamentarán en cálculos actuariales necesarios para estimar la frecuencia de los siniestros, su coste medio y los costes de gestión de la Entidad Aseguradora, así como, en su caso, la incorporación de mayores coberturas.

13. Pago de primas

El Tomador está obligado al pago del primer recibo de prima en el momento de la formalización del seguro. Los sucesivos recibos de prima se abonarán por anticipado en los correspondientes vencimientos.

El pago de la prima se hará mediante domiciliación bancaria, salvo pacto contrario.

13.1 Pago domiciliado

Se aplicarán las siguientes normas:

- a. El tomador entregará a la Entidad Aseguradora carta dirigida a la entidad de crédito, dando la orden oportuna al efecto.
- b. La prima se entenderá satisfecha en la fecha de su vencimiento, salvo que, intentando el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, el recibo de prima resultase impagado por cualquier motivo.
- c. Durante la vigencia de la póliza, el Tomador podrá cambiar libremente la cuenta bancaria donde desea domiciliar los recibos de prima, siendo necesario que lo comunique a la Entidad Aseguradora a la vez que le facilite la orden de domiciliación, dirigida a la entidad de crédito, de los recibos de prima en la nueva cuenta.

13.2 Fraccionamiento de la prima

La prima se establece por períodos anuales. No obstante, el Tomador podrá solicitar

el fraccionamiento semestral, trimestral o mensual, aplicando la Entidad Aseguradora el correspondiente recargo, de acuerdo con las tarifas y límites vigentes en cada momento. **El fraccionamiento no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual**, salvo en caso de fallecimiento del asegurado, en el que la Entidad Aseguradora renuncia a deducir de la prestación la fracción o fracciones de prima todavía no satisfechas de la anualidad de seguro en curso durante la que ocurra el siniestro.

13.3 Consecuencias del impago de la prima

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, la Entidad Aseguradora tiene el derecho a resolver el contrato. Si por culpa del Tomador, la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación.

En el caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del seguro quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Hallándose la póliza en suspenso, la Entidad Aseguradora podrá instar la resolución por falta de pago de los recibos de prima. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. **Si, de conformidad con lo expuesto, el contrato se halla resuelto o extinguido, el Tomador no podrá rehabilitar la póliza.**

14. Siniestros

En caso de fallecimiento de un asegurado, **deberá comunicarse la defunción, lo antes posible, al teléfono que aparece indicado en el último recibo de prima.**

En caso de fallecimiento de un asegurado, si se hubiera producido la concurrencia de seguros de decesos en más de una aseguradora, la Entidad Aseguradora, si no hubiera podido cumplir con su obligación de prestar el servicio funerario en los términos y condiciones previstos en el contrato, vendrá obligada al pago de la suma asegurada a los herederos del Asegurado fallecido.

Asimismo, en caso de concurrencia de seguros de decesos en la Entidad Aseguradora para un mismo asegurado, esta estará obligada a devolver, a petición del Tomador, las primas pagadas por el Asegurado en las otras pólizas por la garantía principal de «servicio fúnebre» con deducción de los gastos de gestión consumidos, de la póliza que haya decidido anular y desde el momento en el que se produjo la duplicidad de aseguramiento. **No procederá el reembolso de primas para las garantías complementarias, tanto de las básicas como de las optativas.**

15. Supuestos especiales que originan el derecho de rescate de la garantía principal de «servicio fúnebre»

Cuando la modalidad de determinación de la prima sea la de «prima nivelada creciente linealmente un 5% anual», excepcionalmente, en los supuestos especiales en que el Tomador se encuentre en una situación de «incapacidad permanente absoluta para todo trabajo», «gran dependencia» o «dependencia severa», de acuerdo con las definiciones que constan en el apartado 1 anterior, la Entidad Aseguradora concede al Tomador la facultad de ejercer el derecho de rescate

total de la póliza con las condiciones y limitaciones que se establecen en este apartado.

El Tomador podrá solicitar el valor de rescate, en cualquier momento, una vez transcurridas cinco anualidades del seguro, se hayan efectuado todos los pagos de prima correspondientes a estas cinco anualidades y siempre que éste se vea afectado por alguno de los supuestos especiales indicados en el párrafo anterior.

La solicitud del rescate total implica la anulación de la póliza y la cancelación de todas las garantías del seguro para todos los asegurados incluidos en la misma.

Cuando la modalidad de determinación de la prima sea la de «prima natural» no existe derecho de rescate.

15.1 Valor de rescate

El valor de rescate es igual al 70% del importe de la provisión matemática, constituida por la Entidad Aseguradora para cada uno de los asegurados por la garantía principal de «servicio fúnebre», en la fecha de efecto de la última renovación anual.

15.2 Procedimiento de actuación para percibir el valor de rescate

Para ejercer el derecho de rescate, cuando el Tomador se encuentre en alguno de los supuestos especiales que le otorgan esta facultad, éste deberá facilitar a la Entidad Aseguradora los documentos que se soliciten para cada caso concreto.

La documentación que la Entidad Aseguradora solicitará al Tomador para efectuar el pago del valor de rescate es la siguiente:

- a. Copia del NIF/NIE.
- b. Copia del número de cuenta bancaria para el cobro del valor de rescate.
- c. En función del supuesto especial que faculta a ejercer el rescate:
 - INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA PARA TODO TRABAJO:
Certificado del organismo de previsión social correspondiente o copia de la resolución que haya declarado dicho estado de incapacidad permanente.
 - GRAN DEPENDENCIA o DEPENDENCIA SEVERA:
Certificado expedido por la Administración Autonómica o copia de la resolución, en el que se reconozca la situación de dependencia clasificada como gran dependencia o dependencia severa.

El valor de rescate será satisfecho al Tomador.

16. Otras obligaciones, deberes y derechos del Tomador y de los asegurados

El Tomador o, en su caso, el Asegurado tienen las siguientes obligaciones:

- a. Declarar a la Entidad Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario de salud que ésta le presente con la solicitud de seguro, con veracidad y sin reservas todas las circunstancias por él conocidas.
- b. Comunicar a la Entidad Aseguradora, durante la vigencia del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Entidad Aseguradora en el

momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Tomador.

La Entidad Aseguradora dispone de un plazo de dos meses, desde que le sea declarada la agravación del riesgo, para proponer una modificación del contrato. En dicho supuesto el Tomador tiene un plazo de 15 días desde la recepción de la modificación para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, la Entidad Aseguradora, transcurrido dicho plazo, puede rescindir el contrato, previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de 15 días, transcurridos los cuales, y dentro de los 8 días siguientes, comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

La Entidad Aseguradora igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

Si las nuevas circunstancias dieran lugar a que el seguro pudiera contratarse en condiciones más favorables, la prima de la siguiente anualidad se reducirá en la proporción correspondiente.

- c. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios a su alcance.

17. Nulidad del contrato y pérdida de derechos

17.1 Nulidad del contrato

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión el siniestro ya hubiera ocurrido.

17.2 Pérdida del derecho a la prestación

La plena validez de esta póliza depende de la veracidad y exactitud de las declaraciones del Tomador y, en su caso, del asegurado, realizadas en la solicitud de seguro, en los cuestionarios a los que sean sometidos por la Entidad Aseguradora y en cualquier otra declaración escrita.

Los asegurados perderán el derecho a la prestación garantizada en los siguientes casos:

- a. Cuando el Tomador y, en su caso, el Asegurado incurran, al cumplimentar la pregunta del estado de salud o, en su caso, los correspondientes cuestionarios sobre la valoración del riesgo, en ocultación dolosa o con culpa grave.
- b. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del asegurado, cuando la verdadera edad de éste, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excediera de los límites de admisión establecidos por la Entidad Aseguradora.
- c. Cuando, durante la vigencia del seguro, el Tomador o el Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, si han actuado con mala fe.
- d. Si la primera prima no ha sido pagada por el Tomador antes de que se produzca el siniestro.

- e. Cuando el contrato de seguro se halle en suspenso o extinguido por falta de pago de la prima.
- f. Cuando el siniestro hubiese sido causado por dolo del asegurado.

17.3 Supuestos en los que la Entidad Aseguradora reducirá el importe de la prestación

- a. Si ocurre un siniestro antes de que a la Entidad Aseguradora le sea comunicada la agravación del riesgo, y siempre que el Tomador o el Asegurado no hayan actuado con dolo, la Entidad Aseguradora pagará la cantidad que habría podido ser asegurada con la prima satisfecha al aplicar la prima que le hubiera correspondido, de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo.
- b. Si en el momento de pagar la prestación se comprobase que la fecha de nacimiento del Asegurado no corresponde con la declarada, aun encontrándose dentro de los límites de admisión establecidos por la Entidad Aseguradora y, en consecuencia, la prima pagada fuera inferior a la que le hubiera correspondido, en el momento de pagar la prestación, la Entidad Aseguradora reducirá el capital asegurado en proporción a la prima recibida. Si, por el contrario, la prima percibida es superior, la Entidad Aseguradora devolverá el exceso de prima sin intereses.

18. Comunicaciones

Las comunicaciones dirigidas a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador, del Asegurado o de los beneficiarios, deben ser dirigidas por escrito al domicilio social de la Entidad Aseguradora, o en su caso, a través del agente de ésta. Las comunicaciones remitidas a los corredores de seguros no se considerarán notificadas hasta que sean recibidas en el domicilio social de la Entidad Aseguradora.

Las comunicaciones efectuadas a la Entidad Aseguradora por un corredor de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste, precisándose el consentimiento expreso del Tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato, para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor, o para realizar modificaciones respecto a la domiciliación bancaria, el sistema de abono de los recibos de prima o modificación de beneficiarios.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador, al Asegurado o a los beneficiarios, se realizarán al último domicilio comunicado a la Entidad Aseguradora.

19. Mecanismos de resolución de conflictos

Las discrepancias que puedan surgir frente a la entidad aseguradora se resolverán a través de las siguientes instancias de reclamación internas y externas:

- a. Reclamación por escrito ante los órganos de la propia entidad aseguradora.
- b. En el ámbito asegurador y de conformidad con lo establecido en las Ordenes del Ministerio de Economía ECO/ 734/ 04, de 11 de marzo y ECC/2502/2012, de 16 de noviembre:

Ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente (SADC) de la entidad

aseguradora, a través de carta, impreso disponible en las oficinas o correo electrónico a la dirección que, a tal efecto, figure en la indicada web (www.grupo-acm.es). Éste adoptará propuesta de resolución de forma motivada y por escrito, según el procedimiento previsto en el reglamento de funcionamiento de la entidad, que estará a disposición de los interesados y podrá ser consultado en cualquier momento a través de la web o en las oficinas de la entidad aseguradora

El plazo de tramitación del expediente será el actual de dos meses, o el que en cada momento se establezca legalmente, contado a partir del día de presentación por el interesado de la queja o reclamación ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente.

El SADC no admitirá a trámite las cuestiones sometidas o ya resueltas por una decisión judicial, administrativa o arbitral.

- c. Ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Ministerio de Economía), siempre que haya transcurrido el plazo mínimo de dos meses sin que se haya obtenido respuesta del SADC o que éste haya desestimado su petición.
- d. Finalmente, los conflictos que puedan surgir entre el tomador de seguro, asegurado, beneficiario, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, con la entidad aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Ponemos a su disposición un teléfono de información exclusiva sobre quejas y reclamaciones: 900 898 120, disponible de lunes a viernes, en el horario 8:30 a 20:00 horas.

20. Contratación a distancia

Una vez obren todos los datos en poder de la entidad aseguradora y, en su caso, documentación necesaria para formalizar la póliza, ésta se emitirá.

Siempre que no se trate de un seguro obligatorio ni haya acaecido el siniestro, el tomador tendrá la facultad de resolver el contrato sin penalización alguna, mediante comunicación escrita a la entidad aseguradora de 30 días naturales en los seguros de vida y de 14 días naturales en el resto de seguros, contados a partir de que se reciban las condiciones contractuales.

Con efecto a la fecha de la comunicación, cesará la cobertura del riesgo para la entidad aseguradora quien, a su vez, dispondrá de un nuevo plazo de 30 días para reintegrar al tomador la prima pagada, quedando obligado solamente, en su caso, a pagar el servicio prestado.

21. Prescripción

Las acciones que se deriven del presente contrato prescriben en el término de 5 años, a contar desde el día que pudieron ejercitarse.

22. Impuestos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de este contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador. Los impuestos y recargos sobre las prestaciones, de acuerdo con la legislación vigente, serán por cuenta del beneficiario.

La Entidad Aseguradora queda obligada a retener aquella parte del importe de cada prestación que corresponda, de acuerdo con la legislación fiscal vigente y las circunstancias por ella conocidas.

23. Protección de los datos personales

Responsable: GACM SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.

Finalidades: suscripción y ejecución del contrato de seguro; envío de boletines electrónicos y de publicidad propia; realización de acciones de fidelización; y, en caso de haberlo consentido, envío de boletines electrónicos y de publicidad de empresas del Grupo Crédit Mutuel-Alliance Fédérale (consultables en www.grupo-acm.es) y de terceras empresas de los sectores informados en la información complementaria de Protección de Datos.

Legitimación: ejecución del contrato de seguro; cumplimiento de obligaciones legales; consentimiento expreso; interés legítimo.

Destinatarios: entidades coaseguradoras y reaseguradoras; prestadores de servicio que actúan como encargados del tratamiento de datos; empresas del Grupo Crédit Mutuel-Alliance Fédérale; entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador; organismos públicos y autoridades competentes en general.

Plazo de conservación: durante toda la vigencia de la póliza de seguro y, al vencimiento de la misma, durante los plazos de prescripción de las obligaciones legales exigibles a la entidad aseguradora conforme a la normativa vigente en cada momento.

Derechos: acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación.

Información adicional: puede consultar el resto de información complementaria sobre Protección de Datos en la Política de Protección de Datos Personales del grupo GACME publicada en la página web www.grupo-acm.es.

24. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el Tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier Entidad Aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el Asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el Tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a. Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la Entidad Aseguradora.
- b. Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la Entidad Aseguradora no pudieron ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

I. Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a. Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b. Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a. Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b. Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c. Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

- d. Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e. Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f. Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g. Los causados por mala fe del asegurado.
- h. Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i. Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

- 1) La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
- 2) En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la Entidad Aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada Entidad Aseguradora.

II. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

- 1) La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el Tomador del seguro, el Asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la Entidad Aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
- 2) La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 ó 952 367 042).

- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
- 3) Valoración de los daños: la valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
 - 4) Abono de la indemnización: el Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.



 www.agrupacio.es

 **93 482 66 00**

Seguro distribuido bajo la marca Agrupació y asegurado por GACM SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U., aseguradora perteneciente al Grupo internacional Assurances du Crédit Mutuel, un gran grupo asegurador comprometido con las personas. GACM SEGUROS GENERALES tiene su domicilio social en Carretera de Rubí, 72-74. Edificio Horizon - 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona) - C.I.F. A59575365 Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, Folio 4, Tomo 20.701, Hoja B-11.217, Inscripción 1ª con clave de registro en la DGSyFP C-708.